

# التزام دینی و مرگ و میر پاسخ و پرسش‌های بیشتر\*

مایکل مکالنج ترجمه محمد رضا جهانگیرزاده

بررسی علمی رابطه میان دین و مرگ و میر به زمانی بسیار دورتر از آنچه بسیاری گمان می‌کنند برمی‌گردد. حقیقت این است که دانشمندان از حدود ۱۳۰ سال پیش، به بررسی تأثیر دین بر مرگ و میر و طول عمر علاقه‌مند بوده‌اند. در سال ۱۸۷۲، فرانسیس گالتون (۱۸۲۲-۱۹۱۱)، که پیش از آن به سبب تحقیقات ابتکاری‌اش در زمینه نبوغ علمی شهرت یافته بود، نتایج پژوهشی را ارائه کرد که در صدد بررسی علمی تأثیر عینی دعا بر مرگ و میر انسان‌ها برآمده بود.

گالتون کار خود را با این فرض آغاز نمود که گروه‌های خاصی از افراد - یعنی کشیش‌ها و مبلغان مذهبی - بیش از دیگران به نیایش می‌پردازند. او استدلال نمود که اگر نیایش مؤثر می‌بود، آنگاه افرادی مثل کشیشان و مبلغان مذهبی که بیشتر "دعا می‌کنند"، به احتمال قریب به یقین بایستی عمر طولانی‌تری نسبت به دیگران داشته باشند. با این پیش‌فرض بود که وقتی گالتون (۱۸۷۲) دریافت طول عمر کشیشان تفاوت قابل ملاحظه‌ای با وکلا یا پزشکان ندارد، مطمئن شد که شواهدی قطعی بر بی‌تأثیر بودن دعا اقامه کرده است.

استدلال دیگر وی این بود که مردم، پیوسته اعضای خانواده‌های سلطنتی را دعا می‌کنند (به عنوان مثال: عمر ملکه دراز باد!!)؛ با این حساب، اگر نیایش در جلوگیری از مرگ مؤثر می‌بود، این افراد بایستی در اثر دعاها بسیار که در حقشان می‌شود، نوعاً عمر طولانی‌تری داشته باشند. گالتون با استفاده از جداول آماری نشان داد که در واقع اعضای خاندان سلطنتی، نسبت به سایر گروه‌های ثروتمند جامعه انگلستان (از جمله، حقوقدان‌ها، زمین‌داران، و افسران نظامی)، متوسط عمر کوتاه‌تری دارند. گالتون (۱۸۷۲) بر مبنای طول عمر عادی روحانیان و خاندان پادشاهی، نتیجه گرفت که هیچ دلیل آماری بر تأثیر دعا در حفظ یا ارتقاء سلامت جسمانی وجود ندارد. و این بررسی‌ها در حقیقت سرآغاز عادی و کم‌اهمیت بررسی علمی رابطه میان دین و مرگ و میر بود.

یکی دیگر از شخصیت‌های برجسته تاریخ علوم اجتماعی که به موضوع رابطه میان دین و مرگ و میر پرداخت، امیل دورکیم (۱۸۵۸-۱۹۱۷)، پدر جامعه‌شناسی فرانسه بود. طرح فکری دورکیم در سراسر دوره زندگی‌اش آن بود که نشان دهد پدیده‌های بشری به چه نحوی در سطح جامعه‌شناختی قابل تبیین هستند. به عنوان مثال، دورکیم (۱۸۹۷/۱۹۵۱) در کتاب خود تحت عنوان خودکشی اظهار داشت که خودکشی، بیش از آن که یک پدیده روان‌شناختی باشد یک پدیده جامعه‌شناختی است. وی بر این اساس استدلال نمود که ادیانی که پیوندهای نیرومند اجتماعی و

وفاداری به هنجارهای گروهی را ترغیب می‌نمایند، مانع خودکشی شده و نرخ خودکشی را در میان پیروان خود کاهش می‌دهند. در مقابل، ادیانی که همبستگی اجتماعی قوی را تشویق نمی‌کنند، از ایجاد هنجار لازم برای جلوگیری از خودکشی، ناتوان هستند. دورکیم، برای تأیید این فرضیه، شواهدی ارائه کرد که براساس آن، نرخ خودکشی در کشورهای اروپایی عمدتاً کاتولیک (مثل: اسپانیا، پرتغال، و ایتالیا)، که تصور بر این بود که به پیوندهای اجتماعی نیرومندتر و توصیه‌های مربوط به سبک زندگی پر و بال می‌دهند، نسبت به کشورهای اروپایی پروتستان (مثل: پروس،<sup>۱</sup> ساکسونی،<sup>۲</sup> و دانمارک) پایین‌تر است.

افکار گالتون و دورکیم درباره روابط ممکن میان دین و مرگ و میر از نفوذ زیادی برخوردار بوده است. در این قرن، پس از کارهای آغازین آن‌ها، تعداد زیادی از پژوهشگران، روابط میان دین و مرگ و میر را مورد مطالعه قرار داده‌اند (برای بررسی، بنگرید به: Koenig, McCullough, & Larson, 2000, McCullough, Hoyt, Larson, Koenig, & Thoresen, 2000, McCullough, Larson, Koenig, & Larner, 1999). من در این مقاله به مرور یک جنبه از روابط میان دین و مرگ و میر می‌پردازم: نقش ترازهای ترتیبی و فاصله‌ای التزام دینی (مثل فراوانی حضور در کلیسا، ایمان به خدا، یا فراوانی نیایش) در پیش‌بینی مرگ و میر.

### ساماندهی این مقاله

این مقاله به سه بخش اساسی تقسیم می‌شود. در ابتدا، به طور اختصار به مرور یافته‌های اصلی بررسی‌های صورت گرفته از سوی پژوهشگران در مورد ارتباط میان التزام دینی و مرگ و میر می‌پردازم. در وهله دوم، نتایج یک فراتحلیل را که در آن به همراه همکارانم نتایج به دست آمده از این حوزه پژوهشی را تلخیص کمی کرده‌ایم، توصیف می‌نمایم. و در نهایت، سئوالاتی را که معتقدم هنوز سئوالات اساسی مورد نیاز در فهم ارتباط میان التزام دینی و مرگ و میر می‌باشند، مطرح می‌نمایم.

### آیا التزام دینی به زندگی طولانی‌تر ربطی دارد؟

بررسی‌هایی که ارتباط میان التزام دینی و مرگ و میر را مورد توجه قرار می‌دهند، به طور کلی قابل تقسیم به دو گروه است: (۱) بررسی‌هایی که بر روی نمونه‌های بزرگسال اساساً سالم و ساکن

در اجتماع صورت گرفته است؛ و ۲) بررسی‌هایی که بر روی نمونه‌های بزرگسال مبتلا به بیماری‌های جسمانی انجام شده است.

### التزام دینی و مرگ و میر در نمونه‌های جامعه

یکی از اولین تحقیقات در مورد رابطه میان التزام دینی و مرگ و میر، بر روی نمونه‌های بزرگسال حاضر در اجتماع، توسط کامستاک و همکارانش (Comstock & Partridge, 1972; Comstock & Tonascia, 1977)، با استفاده از داده‌های بدست آمده از مطالعه هشت ساله ساکنین ناحیه واشنگتن و مریلند انجام شد. مقیاس اصلی سنجش دین داری، مقیاس تک ماده‌ای فراوانی حضور در کلیسا بود. کامستاک و همکارانش، در طول یک دوره تکمیلی هشت ساله، دریافتند که احتمال مرگ کسانی که به طور مستمر در کلیسا حضور می‌یافته‌اند، به طور معناداری، نسبت به کسانی که به طور نامرتب در کلیسا حضور می‌یابند، حتی پس از کنترل متغیرهایی مثل: نژاد، جنسیت، سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، وجود سرویس بهداشتی کامل در خانه، و کشیدن سیگار، پایین‌تر است (Comstock & Honascia, 1977). تحلیل‌های اولیه نشان داده بود که التزام دینی با کاهش مرگ و میر، خصوصاً از ناحیه بیماری قلبی، آمفیزم،<sup>۳</sup> سیروز کبدی، و خودکشی ارتباط دارد (Comstock & Partridge, 1972). پژوهشگران (از جمله خود کامستاک و همکارانش) نتایج به دست آمده در این پژوهش را به سبب ناتوانی در کنترل خط پایه سلامتی مورد انتقاد قرار دادند. اما این بررسی و یافته‌های آن علاقه محققین دیگر را به خود جلب نمود. پس از بررسی ابتکاری کامستاک و توناشیا (1977)، محققین مختلفی (برای مثال Berkman & Syme, 1979; House, Robbins, & Metzner, 1984; Zuckerman, Kasl, & Ostfield, 1982) نیز به اجرای پژوهش‌های اولیه در موضوع رابطه دین داری و مرگ و میر پرداختند.

در طول دهه ۱۹۹۰، بررسی‌های مشابهی توسط پژوهشگرانی از ایالات متحده (برای مثال Hummer, Rogers, Nam, & Ellison, 1999; Koenig et al., 1999; Strawbridge, Cohen, Goldbourt, Yaari, & Medalie, 1993) و اسرائیل (برای مثال Shema, & Kaplan, 1997) انجام شد. با اجرای پژوهش‌های جدی در موضوع ارتباط میان التزام دینی و طول عمر، در نمونه‌های بزرگسال حاضر در اجتماع، دنبال شد.

برای مثال، گلدبورت، یئاری، و مدالی، نمونه‌ای متشکل از ۱۰۰۵۹ مرد کارمند دولتی اسرائیل را به مدت ۲۳ سال، به منظور بررسی عوامل پیش بینی مرگ و میر، زیر نظر گرفتند. آن‌ها راست‌اندیشی دینی را با استفاده از یک مقیاس سه ماده‌ای ارزیابی نمودند:

(۱) پاسخ‌دهنده‌ها تحصیلات دینی یا سکولار داشته‌اند؛ (۲) پاسخ‌دهنده‌ها خود را «راست‌اندیش»، «سنتی»، یا «سکولار» خوانده‌اند؛ (۳) فراوانی حضور در کنیسه. داده‌های تعدیل نشده نشان دادند که هر واحد استاندارد افزایش در راست‌اندیشی، با شانزده درصد افزایش در احتمال بقا در طی دوره پیاپی بیست و سه ساله همراه است (این داده‌ها از لحاظ سن تعدیل شده بودند، لکن از لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی، زیستی-پزشکی، و روانی اجتماعی تعدیل نشده بودند).

در این اواخر، استرابریج و همکارانش (1997)، با استفاده از داده‌های به دست آمده از بیست و هشت سال بررسی ساکنین ناحیه المدا، ارتباط میان مشارکت دینی و مرگ و میر ناشی از هر علت را سنجیدند. آن‌ها در بررسی بیست و هشت ساله خود به وجود ارتباط میان مرگ و میر و مشارکت دینی پی بردند. هرچند تعدیل در خط پایه سلامتی، بعضی از تغییرات در ارتباط میان مشارکت دینی و مرگ و میر را توجیه می‌کرد، اما ارتباط تعدیل شده هنوز معنادار بود (با ریسک نسبی شصت و هفت درصد) (یعنی، احتمال مرگ برای افراد بسیار دین دار، در هر سال معین، با در نظر گرفتن تعداد پاسخ‌دهنده‌های موجود در طول سال قبل، تنها به اندازه شصت و هفت درصد احتمال مرگ افرادی کمتر دین دار بوده است). به علاوه، استرابریج و همکارانش (1997) دریافتند احتمال استعمال دخانیات یا مصرف سنگین الکل، برای افرادی که در آغاز مطالعه به طور مستمر در کلیسا حضور می‌یافته‌اند، نسبت به افرادی که حضور کمتری در کلیسا داشته‌اند، ضعیف‌تر بوده است. روابط اجتماعی این افراد نیز نسبت به شرکت‌کنندگان غیرمستمر بیشتر بوده است.

مطلبی که به همان اندازه مهم است این‌که استرابریج و همکارانش (1997) دریافتند که شرکت‌کنندگان مستمر در کلیسا، به نسبت بیشتری، رفتارهای مربوط به سلامتی خود را برای رسیدن به وضعیتی بهتر در خلال بیست و هشت سالی که مورد مطالعه قرار داشتند، تغییر می‌دادند. حتی پس از آن‌که تفاوت‌های اولیه در این رفتارها تعدیل شدند، باز هم شرکت‌کنندگان مستمر در کلیسا، به نسبت بیشتری: (۱) مصرف دخانیات را متوقف کرده، (۲) نوشیدن مشروبات الکلی را کاهش داده، (۳) میزان تمرین‌های بدنی خود را بالا برده، (۴) به زندگی با همسر خود ادامه

داده، و ۵) میزان تماس‌های اجتماعی خود را نسبت به شرکت‌کنندگان غیرمستمر در کلیسا افزایش داده‌اند. بنابراین، تفاوت‌های اولیه در رفتارهای مربوط به سلامتی شرکت‌کنندگان مستمر و غیرمستمر در کلیسا تمام داستان را به ما نمی‌گوید: حضور در مراسم دینی با تغییرات مثبت در رفتارهای مربوط به سلامت جمعیت ارتباط یافته بود، ارتباطی که ممکن بود، تا اندازه‌ای، مسبب ارتباط میان مشارکت دینی و مرگ و میر باشد. جالب این‌جاست که افراد مذهبی در طی این بیست و هشت سال، به طور چشمگیری احتمال چاق شدنشان بیش از دیگران بود.

هامر، راجرز، نام، و الیسون (1999) نیز به یافته‌های اساسی مشابهی در این زمینه دست یافتند. آن‌ها با استفاده از یک نمونه با بیش از بیست و یک هزار نفر بزرگسال که معرف همه ملت می‌توانست باشد، از سال ۱۹۸۷ تا ۱۹۹۵، به بررسی ارتباط میان شرکت در مراسم عبادی و ادامه حیات پرداختند. در سال ۱۹۸۷، پاسخ‌دهنده‌ها یک مقیاس تک‌ماده‌ای فراوانی حضور در مراسم عبادی، به همراه مجموعه‌ای از مقیاس‌های دیگر برای ارزیابی مسائل جمعیت‌شناختی و وضعیت اقتصادی-اجتماعی، تندرستی، پیوندهای اجتماعی، و رفتارهای مربوط به سلامتی را کامل کردند. هامر و همکارانش (1999) دریافتند که فراوانی مشارکت در مراسم دینی، با طول عمر رابطه مثبت دارد. به عنوان مثال، براساس برآوردهای هامر و همکارانش، افرادی از هر دو جنس که بیش از یکبار در هفته در مراسم عبادی شرکت داشتند، پس از بیست سالگی به طور متوسط، ۶۲/۹ سال به زندگی خود ادامه دادند. کسانی که یکبار در هفته در مراسم عبادی شرکت داشتند، انتظار طول عمر آن‌ها بعد از بیست سالگی، ۶۱/۹ سال و برای افرادی که کمتر از یکبار در هفته در این مراسم حضور می‌یافتند، این رقم ۵۹/۷ بوده است. و در نهایت، برای افرادی که هیچ‌گاه در این مراسم شرکت نداشته‌اند، این انتظار ۵۵/۳ سال بوده است. برای اساس این مطالعه، تفاوت سن بقای شرکت‌کنندگان مستمر و افرادی که هرگز در مراسم عبادی شرکت نداشته‌اند، ۷/۶ سال است.

پس از کنترل تعدادی از وسائط و عوامل خلط و اشتباه بالقوه که می‌توانستند ارتباط میان التزام دینی و طول عمر را تبیین نمایند (مثل: سن، جنسیت، تندرستی، وضعیت اجتماعی، حمایت اجتماعی، مصرف سیگار، مصرف مشروبات الکلی، و شاخص حجم بدن)، [باز هم] افرادی که به طور مستمر در مراسم دینی شرکت داشتند، به نحو قابل ملاحظه‌ای بیش از افرادی که سطوح پایین‌تری از فعالیت‌های دینی عمومی را تجربه کرده بودند، به زندگی خود ادامه دادند. در واقع،

ریسک مرگ افرادی که هرگز در مراسم دینی شرکت نداشتند، در طول مدت مطالعه، نسبت به افرادی که بیش از دو بار در هفته در مراسم دینی شرکت داشتند هشتاد و هفت درصد بیشتر بوده است. افرادی که از نظر شرکت در مراسم دینی در سطوح میانی قرار داشتند نیز به نسبت کسانی که اصلاً در مراسم دینی شرکت نکرده بودند، سطوح پایین تری از ریسک مرگ را تجربه می کردند. تعداد قابل ملاحظه مشاهدات به هامر و همکارانش (1999) امکان می داد که به بررسی ارتباط میان التزام دینی و مرگ و میر به واسطه علل خاص بپردازند. [براساس این بررسی ها] التزام دینی با سطوح پایین تر خطر مرگ ناشی از بسیاری از علل، از جمله بیماری های گردش خون، بیماری های تنفسی، دیابت ها، بیماری های عفونی، و علل خارجی ارتباط دارد. شواهد اندکی بر ارتباط میان التزام دینی و کاهش مرگ و میر ناشی از سرطان به دست آمد. با کنترل عوامل جمعیت شناختی، تندرستی، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، پیوندهای اجتماعی، و رفتارهای مربوط به تندرستی، بیشتر این تفاوت های مربوط به ادامه حیات، از نظر آماری، بی معنا شدند؛ اما جهت ارتباطات هنوز بیانگر این امر بود که شرکت کنندگان مستمر در مراسم دینی تا حدودی بیش از افرادی که در آن شرکت نمی کردند، به زندگی خود ادامه می دهند. این حقیقت که التزام دینی با کاهش مرگ و میر ناشی از علل بسیار مختلف ارتباط دارد، هامر و همکارانش (1999) را به این حقیقت رهنمون ساخت که التزام دینی می تواند، در واقع، یکی از «عوامل اساسی» طول عمر باشد (یعنی تأثیر آن از ناحیه مسیرها و ساز و کارهای آن چنان متعددی است که کنترل هر ساز و کار و یا علت خاص مرگ نمی تواند این ارتباط را قطع نماید).

### التزام دینی و مرگ و میر در نمونه های کلینیکی

محققان در کنار شواهد به دست آمده از بررسی نمونه های حاضر در اجتماع، به بررسی این امر نیز پرداخته اند که آیا افراد دین دار علی رغم بیمارهای وخیم یا رویه های پزشکی، بیش از دیگران، جان سالم به در می برند یا نه. (برای مثال، Oxman, 1992; Kune, Kune, & Watson, 1992). مثلاً، اکسمن و همکارانش (1995) به بررسی بقاء شش ماهه ۲۳۲ فرد مسن تر که تحت عمل جراحی باز قلب قرار گرفته بودند، پرداختند. این بیماران قبل از عمل جراحی، از نظر متغیرهای مختلف جمعیت شناختی زیست-پزشکی، و روانی-اجتماعی، از جمله افسردگی، وجود اختلال روانی، حمایت اجتماعی، آسفتگی در

فعالیت‌های اساسی زندگی روزمره، مورد ارزیابی قرار گرفتند. اکسمن و همکارانش (1995) متوجه شدند افرادی که به گفته خود از دین نیرو و آرامش نمی‌گرفتند، در طی شش ماه پس از انجام عمل جراحی، نسبت به کسانی که معتقد بودند دین نیرو و آرامش زیادی به آن‌ها می‌دهد، به طرز قابل ملاحظه‌ای بیشتر در معرض مرگ قرار داشتند. این ارتباط حتی پس از کنترل متغیرهای زیست‌پزشکی و روانی-اجتماعی دیگر (نسبت احتمال [OR] = ۳/۲۵،  $P = ۰.۰۵$ ) بر جای می‌ماند. زمانی که چهار شاخص التزام دینی (شامل: شرکت در مراسم دینی، میزان نیرو و آرامش دریافتی از دین، تعداد افراد آشنا از جمع عبادت‌کنندگان، و سطح دینداری براساس درجه بندی شخصی فرد) در یک مقیاس دین داری جمع شدند، ارتباط میان التزام دینی و احتمال مرگ در طول شش ماه، از نظر آماری معنای خود را از دست داد ( $OR = ۰.۸۲$ ،  $p < ۰.۰۵$ ). این امر نشان می‌دهد که چه بسا بعضی از جنبه‌های دین داری، و نه همه آن‌ها، با مرگ و میر ارتباط دارد.

البته، همه محققانی که به بررسی ارتباط میان التزام دینی و مرگ و میر پرداخته‌اند، رابطه مثبتی را کشف نکرده‌اند (برای مثال: Idler & Kasl, 1992; Janoff-Bulman & Marshall, 1982; Reynolds & Nelson, 1981; Lorinzi et al., 1994). برای مثال، کونینگ و همکارانش (1998) در یک نمونه یکهزار و ده نفری از افراد مسن مذکری که به علت بیماری جسمانی بستری شده بودند، به بررسی این مسئله پرداختند که آیا استفاده از دین به عنوان یک منبع از عهده مشکلات برآمدن می‌تواند مرگ و میر ناشی از هر علت را پیش‌بینی نماید؟ وضعیت این یکهزار و ده بیمار، به طور متوسط، به مدت نه سال تعقیب شد. این بیماران در شروع مطالعه، یک مقیاس سه ماده‌ای در مورد میزان استفاده از دین برای از عهده استرس برآمدن را کامل کردند. [براساس نتایج این تحقیق]، آن دسته از بیمارانی که در مقابله به شدت بر دین متکی بودند، هم در تحلیل‌های دو متغیری و هم در تحلیل‌هایی که از جهت تفاوت‌های جمعیت‌شناختی، اجتماعی، و پزشکی بیماران تعدیل شده بود، بیش از افرادی که در مقابله بر دین تکیه بسیار نمی‌کردند، زنده ماندند. ایدلر و کاسل نیز (1992) نتایج مشابهی را نیز از تحلیل بزرگسالان اساساً سالم حاضر در اجتماع به دست آوردند.

### واریسی شواهد: یک مرور فراتحلیلی بر تحقیقات

از آنچه گذشت، روشن شد که مطالعات صورت گرفته در مورد رابطه میان التزام دینی و مرگ و میر، نتایج متفاوتی دربر داشته است؛ براساس بعضی از این بررسی‌ها چنین رابطه‌ای



وجود دارد؛ حال آن که بعضی دیگر چنین ارتباطی را نشان نداده اند. با توجه به این ناهماهنگی آشکار، آثاری که به موضوع ارتباط میان التزام دینی و مرگ و میر می پردازند بالقوه می توانند مباحثات علمی فراوانی را مطرح نمایند. برای نشان دادن این پتانسیل، به طور تجربی، من و همکارانم (McCullpugh et al., 2000) به مروری فراتحلیلی همت گماردیم. فراتحلیل، مجموعه ای از ابزارهای تحلیلی است که به کار انباشت و فهم نتایج بسیاری از بررسی های تجربی مختلف می پردازد. (Cooper & Hedges, 1994). ما، پس از اجرای یک تتبع گسترده (با استفاده از پایگاه های اطلاعاتی الکترونیکی، جست و جو از طریق رجوع به مطالعات دیگر در این زمینه، و راهنمایی سایر پژوهشگران) در آثار منتشر شده و منتشر نشده مربوط به این موضوع، به بازیافت چهل و دو برآورد مستقل در مورد ارتباط، یا «اندازه تأثیر»<sup>۴</sup> التزام دینی و مرگ و میر پرداختیم. این چهل و دو برآورد، یا «اندازه تأثیر» از تلفیق اطلاعات مربوط به صد و بیست و پنج هزار و هشتصد و بیست و شش نمونه به دست آمده بود.

ما این چهل و دو اندازه تأثیر را بر روی مجموعه ای از متغیرها رمزگذاری کردیم، از جمله: (۱) نحوه اندازه گیری التزام دینی، (۲) درصد نمونه های مذکر و مؤنث، (۳) تعداد تعدیل های آماری صورت گرفته بر روی ارتباط، (۴) تفاوت نمونه های اساساً سالم و حاضر در اجتماع و بیماران جسمانی. به علاوه، برای نشان دادن کیفیت کنترل هر یک از وسائط و عوامل پانزده گانه خلط و اشتباه در مورد ارتباط التزام دینی و مرگ و میر (نژاد، درآمد، تحصیلات، وضعیت شغلی، سلامت کارکردی، ارزیابی های کلی در مورد تندرستی، معیارهای بالینی یا زیستی-پزشکی سلامت جسمانی، حمایت اجتماعی، فعالیت های اجتماعی، وضعیت تأهل، استعمال دخانیات، مصرف الکل، شاخص چاقی / حجم بدن، سلامت روانی یا ناراحتی عاطفی، ورزش)، کدهایی را تعبیه کرده ایم.

ما، با استفاده از همه این چهل و دو اندازه تأثیر (که از نظر متغیرهای مورد بحث در دین و مرگ و میر در بررسی هایی که ما آن اندازه تأثیرها را از آن ها برگرفته بودیم تعدیل شده بودند)، ارتباط میان التزام دینی و مرگ و میر را  $OR=1/29$  به دست آوردیم. این شاخص نشان می دهد که احتمال زنده ماندن افراد دین دار، در طول هر دوره مستمر مطالعاتی، به طور متوسط، سی و نه درصد از افراد کمتر دین دار بیشتر است. به بیان دیگر، احتمال مرگ افراد دین دار، در طول هر دوره مستمر مطالعاتی، به طور متوسط، ۲۹،  $1/1$  و یا  $77/5\%$  احتمال مرگ افراد کمتر دین دار

است (این نسبت‌ها، با تعدیل حداقل تعدادی از متغیرهای مورد بحث به دست آمده‌اند). این یافته‌ها تا چه اندازه مقاوم‌اند؟ ما برای تحلیل جامع، یک مهر اضطراری را محاسبه کردیم (چهل و دو عامل مؤثر  $k=$ )؛ که تابعی از مقادیر  $z$  مرتبط با هر یک از اندازه‌های تأثیر موجود در فراتحلیل است. این مسأله روشن ساخت که  $1/418$  اندازه تأثیر با متوسط OR معادل  $1/0$  (یعنی فقدان ارتباط واقعی میان التزام دینی و مرگ و میر) لازم است تا بتواند ارتباط کلی و معنادار التزام دینی و مرگ و میر را، که ما در تحلیل فراگیر خود به دست آورده بودیم، واژگون کند (یعنی اندازه تأثیر متوسط به دست آمده را بی‌معنا نماید،  $p < 0.5$ ، یک سوپیه). از آن‌جا که برای ابطال این یافته‌ها، حجم زیادی از نتایج بی‌معنا لازم است، بسیار نامحتمل است که ارتباط میان دینداری و مرگ و میر - که فراتحلیل ما آن را نشان داد - فقط منوط به این باشد که مجموعه بررسی‌هایی یافته‌ایم و در کار خود گنجانده‌ایم که به نحو غیر عادی مساعدند.

اما این چهل و دو اندازه تأثیر همگن نبوده و میزان قابل توجهی از تغییرپذیری در میان آن‌ها وجود داشت؛ این امر نشان می‌داد که بهتر است اندازه‌های تأثیر برآورد را بیش از یک پارامتر جمعیتی واحد تلقی کرد. از آن‌جایی که این اندازه‌ها بسیار متغیرتر از آن بودند که بتوان تغییرات آن را فقط بر اساس خطای نمونه‌برداری توجیه کرد، ما فرض را بر این گرفتیم که مختصات نمونه‌ها یا روش‌هایی که در جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها به کار رفته است می‌تواند به تبیین این عدم انسجام کمک نماید. ما، به وسیله مجموعه‌ای از تحلیل‌های رگرسیون<sup>۵</sup> (برگشت) توانستیم متغیرهای متعددی را که به تبیین این تغییرات در اندازه‌های تأثیر کمک می‌نمایند شناسایی کنیم.

عامل اول: بررسی‌هایی که در آن از مقیاس‌های التزام دینی عمومی استفاده شده است (مثل: فراوانی شرکت در مراسم دینی، عضویت در گروه‌های اجتماعی دینی، عضویت در کیبوتص<sup>۶</sup> دینی در برابر کیبوتص سکولار)، نسبت به بررسی‌هایی که در آن از مقیاس‌های شخصی (مثل فراوانی نیایش خصوصی، استفاده از روش‌های مقابله دینی، و...)، و یا از مقیاس‌هایی که شاخص‌های عمومی و شخصی التزام دینی را تلفیق کرده، و یا مقیاس‌هایی که به سبب اطلاعات نابسند در گزارش‌های تحقیق قابل شناسایی نبوده‌اند، به طور منسجم، اندازه‌های تأثیر بزرگتری را به بار آورده‌اند. در واقع، بررسی‌هایی که از مقیاس‌های عمومی التزام دینی استفاده کرده‌اند، اندازه تأثیر کلی آن‌ها  $OR = 1/43$  است (یعنی پس از کنترل متغیرهای مورد بحث، افرادی که در التزام دینی عمومی نمره بالاتری داشتند، احتمال زنده ماندن آن‌ها، در

طول دوره مطالعه، چهل و سه درصد بالاتر بود). در مقابل، ارتباط التزام دینی و مرگ و میر، برای اندازه‌های تأثیری که از مقیاس‌های غیر عمومی التزام دینی استفاده کرده بودند، نزدیک به صفر بود ( $OR = 1/04$ ). این یافته‌ها حکایت از آن دارد که مرگ و میر، در مقایسه با معیارهای ابعاد دیگر دین‌داری، ارتباط بسیار وثیق‌تری با شرکت در فعالیت‌های عمومی دینی دارد. یکی دیگر از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم اندازه تأثیر، درصد افراد مذکر در نمونه مطالعاتی بود. ارتباط میان التزام دینی و مرگ و میر، به نحو قابل ملاحظه‌ای، در مورد زن‌ها قوی‌تر از مردها بود. در واقع، براساس برآوردهای ما، در یک نمونه با صد درصد افراد مذکر، اندازه تأثیر معادل  $OR = 1/33$  بوده است؛ حال آن‌که در یک نمونه با صد درصد افراد مؤنث، این رقم معادل  $OR = 1/59$  بوده است.

و در نهایت: میزان کنترل آماری که بر رابطه دین و مرگ و میر اعمال شده است، با اندازه تأثیر رابطه منفی دارد. بررسی‌هایی که بهتر کنترل شده بودند (یعنی، بررسی‌هایی که متغیرهای مورد بحث بیشتری را دربر گرفته بودند)، ارتباط کمتری را نشان دادند. این نتیجه، کاملاً شهودی است: اندازه‌های تأثیر تعدیل شده (پس از کنترل واسطه‌ها یا عوامل خلط و اشتباه) باید کوچکتر از اندازه‌های تأثیر تعدیل نشده باشند.

در یک مجموعه تحلیل نهایی، به ارزیابی این امر پرداختیم که ارتباط میان التزام دینی عمومی و مرگ و میر، در صورتی که پژوهشگران بخواهند پژوهشی اجرا نمایند که در آن تمام پانزده متغیر مورد بحث، واسطه‌ها و عوامل خلط اشتباه بالقوه‌ای که ما شناخته بودیم، کنترل شوند، از چه درجه‌ای از قدرت برخوردار است. در چنین مطالعه‌ای، انتظار می‌رود که  $OR$  معادل  $1/23$  باشد، که نشان می‌دهد افرادی که در فعالیت‌های دینی عمومی نمره بالایی کسب می‌کنند، نسبت به افرادی که کمتر در فعالیت‌های دینی عمومی شرکت می‌کنند، به میزان ۲۳٪، احتمال بقای بیشتری دارند، حتی پس از آن که تعداد زیادی از متغیرهای مورد بحث، واسطه‌ها، و عوامل خلط و اشتباه کنترل شوند. در این مجموعه تحلیل نهایی،  $OR = 1/23$  از نظر آماری معنادار نبود. بی‌معنایی این برآورد، ناشی از این حقیقت بود که ما، به یک معنا، با برآورد پارامترهای یک مجموعه نسبتاً وسیع از متغیرهای پیش‌بینی‌کننده به شدت همبسته، با تعداد نسبتاً اندکی از اندازه‌های تأثیر (۲۴ در کل)، از ابزار رگرسیون چندگانه سوءاستفاده کرده بودیم. در واقع، پانزده متغیر پیش‌بینی‌کننده به حدی همبسته بودند (شرایطی که همبستگی چندگانه نامیده می‌شود)

که از نظر ریاضی، رسیدن به یک راه حل، بدون کنار گذاشتن سه متغیر از میان آن‌ها از معادله پیش‌بینی، ممکن نبود. آثار چنین سوءاستفاده‌هایی از رگرسیون چندگانه، بر قطعیت برآوردهای پارامتر، به خوبی روشن است (برای مثال، Cohen, 1990)؛ از این رو تمرکز بر اندازه و جهت OR مهم است نه بر این که آیا با ۱/۰ تفاوت معنادار دارد یا نه.

#### اندازه ارتباط تعدیل‌شده دین‌داری و مرگ و میر

فرا تحلیل ما نشان داد که، به طور متوسط، افرادی که به شدت مذهبی‌اند، احتمال زنده ماندنشان، در یک دوره مستمر معین، بیست و نه درصد بیش از افرادی است که کمتر مذهبی‌اند (پس از تعدیل بعضی از متغیرهای مورد بحث). OR معادل ۱/۲۹ با یک ضریب همبستگی چهارخانه  $r_{tet} = .1$  مطابقت دارد (Davidoff & Goheen, 1953) - یک نتیجه «خرد» بر اساس قواعد تجربی کوهن (1988). ارتباط تعدیل‌شده ناچیز است. اما آیا این بدین معناست که این ارتباط بی‌اهمیت است؟ یک روش سودمند در ترسیم ارتباط میان التزام دینی و مرگ و میر، نمایش اندازه تأثیر دو جمله‌ای (BESD) روزنتال (1990) است (Rosenthal, 1990, 1991)؛ که از آن برای ترسیم

اندازه‌های تأثیر، برحسب تفاوت میان دو گروه (صد نفر با درجه دین داری بالا، صد نفر با درجه دین داری پایین) در احتمال مرگ-در صورتی که نرخ مرگ و میر پایه پنجاه درصد باشد- استفاده می‌شود. اگر OR معادل  $1/29$ ، که از فراتحلیل ما به دست آمده است، با استفاده از BESD روزنتال ترسیم شود، مشخص می‌شود که در گروه «عمیقاً دین دار» از میان صد نفر، تقریباً چهل و هفت نفر در طول دوره مرده‌اند (احتمال  $53/47$  برای زنده ماندن)، در حالی که این رقم برای گروه «کمتر دین دار»، از صد نفر، تقریباً پنجاه و سه نفر است (احتمال  $47/53$  علیه زنده ماندن). بنابراین، در میان یک گروه صد نفره از افراد «مذهبی» و یک گروه صد نفره از افراد «کمتر مذهبی»، زمانی که پنجاه درصد از نمونه‌ها مرده باشند، انتظار می‌رود که تعداد افراد مذهبی در قید حیات، به اندازه شش نفر بیشتر باشد. BESD به دست آمده در ارتباط میان التزام دینی و مرگ و میر را می‌توان با BESDهای حاصل از واریسی کیفیت ارتباط میان متغیرهای روان‌شناختی یا مداخلات پزشکی دیگر با مرگ و میر ناشی از هر علت مقایسه کرد. جدول یک نشان می‌دهد که BESDهای چندین متغیر دیگر با مرگ و میر ناشی از هر علت اخیراً در فراتحلیل‌ها مورد بررسی قرار گرفته است چگونه چیزی است. BESD برای مشارکت در یک برنامه توان بخشی بر پایه ورزش، به دنبال بیماری اکلیلی (Jolliffe et al., 2000) با BESD به دست آمده از برای ارتباط میان التزام دینی و مرگ و میر، مشابه است (به جدول ۱ مراجعه شود). بر مبنای برآوردهای جالیف و همکارانش (2000) از اندازه تأثیر، پنجاه و چهار نفر از افرادی که فقط مراقبت‌های قلبی متعارف دریافت کرده‌اند، مرده‌اند؛ در حالی که، از میان شرکت‌کنندگان در برنامه توان بخشی مبتنی بر ورزش، پنجاه و چهار نفر هنوز زنده هستند. BESDهای به دست آمده در مورد ارتباط میان مصرف «مخاطره‌آمیز» الکل (دو تا چهار بار نوشیدن در روز برای زنان، چهار تا شش بار نوشیدن در روز برای مردان) با مرگ و میر (Holman, English, Mile, & Win-ter, 1996) و مصرف «آسیب‌زای» الکل (بیش از چهار بار نوشیدن در روز برای زنان، بیش از شش بار نوشیدن در روز برای مردان) با مرگ و میر (Holman et al., 1996) دارای اندازه‌های مشابهی هستند. داروهای کاهنده کلسترول نیز، در میان بیماران با ریسک بالا، بر مرگ و میر ناشی از هر علت تأثیر دارد (Smith, Song, & Sheldon, 1993)؛ تأثیری که اندازه مشابهی دارد (پنجاه و چهار بیمار درمان شده هنوز زنده‌اند؛ پنجاه و چهار بیمار درمان نشده مرده‌اند). این مقایسه‌ها نشان می‌دهند که التزام دینی، ارتباطی کوچک اما پراهمیت با مرگ و میر ناشی از هر

علت دارد، ارتباطی که تنها کمی کوچک تر از ارتباط سایر متغیرهای رفتاری، روانی-اجتماعی، و پزشکی (برای مثال، توان بخشی قلبی مبتنی بر ورزش، پرهیز از مصرف الکل، و داروهای کاهنده کلسترول) با مرگ و میر ناشی از هر علت است. یک بار دیگر باید اشاره شود که برآورد اندازه تأثیر متوسط ما نشان دهنده ارتباط خالص التزام دینی و مرگ و میر است، البته پس از آن که ترغیب دهندگان بررسی های اولیه، به کنترل انواع متغیرهای جمعیت شناختی، روانی اجتماعی، و مربوط به سلامت جسمانی، در بالاترین سطح سختگیری ای که تناسب می دیدند پرداختند.

نکته اصلی در ارائه این نمایش دو جمله ای اندازه تأثیر، این نیست که بگوییم که ارتباط میان التزام دینی و مرگ و میر، تنها در صورتی مهم تلقی می شود که براساس قواعد تجربی قراردادی (خودسرانه)، در حد «وسیع» یا حتی «متوسط» باشد. هدف من از ارائه این داده ها، حتی این سخن نیست که ارتباط میان التزام دینی و مرگ و میر «به اندازه» سایر پیش بینی کننده های مرگ و میر «مهم» است. بلکه، من این برآوردها را به دو دلیل ارائه کردم: اول این که، اندازه این ارتباط را در منظر افراد قرار دهم، و دوم این که، نشان دهم حتی یک ارتباط «خرد» می تواند صرف نظر از اندازه، مهم باشد، و این در صورتی است که ارتباط، مشتمل بر متغیرهای معیاری ای باشد که برای افراد یا جامعه مهم به حساب می آیند. آیا ارتباط میان التزام دینی و مرگ و میر یکی از آن موارد مهم است؟ به گمان من، در نهایت، پاسخ یک فرد بدین سؤال منوط به این امر است که آیا آن فرد در میان سه فرد اضافه ای است که در گروه افراد «عمیقاً دین دار» قرار دارند و در طول دوره نجات یافته اند، و یا در میان سه فرد اضافه ای است که در گروه «کمتر دین دار» قرار داشته و در طی دوره جان خود را از دست داده اند!

جدول ۱- نمایش های دو جمله ای اندازه تأثیر، برای متغیرهای مختلف مرتبط با مرگ و میر ناشی از هر علت

التزام دینی			
وضعیت حیات در طول دوره	عمیقاً مذهبی	کمتر مذهبی	مجموع
مرد	۴۷	۵۳	۱۰۰
زنده	۵۳	۴۷	۱۰۰
مجموع	۱۰۰	۱۰۰	۲۰۰

توان بخشی مبتنی بر ورزش به دنبال بیماری اکلیلی (Jolliffe et al., 2000)

وضعیت حیات در طول دوره	توان بخشی مبتنی بر ورزش	مراقبت های قلبی متعارف	مجموع
مرد	۴۶	۵۴	۱۰۰
زن	۵۴	۴۶	۱۰۰
مجموع	۱۰۰	۱۰۰	۲۰۰

سطوح مخاطره آمیز مصرف الکل (Holman, English, Milne, & Winter, 1996)

وضعیت حیات در طول دوره	پرهیزکنندگان	«نوشندگان در معرض خطر»	مجموع
مرد	۴۵	۵۵	۱۰۰
زن	۵۵	۴۵	۱۰۰
مجموع	۱۰۰	۱۰۰	۲۰۰

سطوح آسیب زای مصرف الکل (Holman, English, Milne, & Winter, 1996)

وضعیت حیات در طول دوره	پرهیزکنندگان	«نوشندگان در معرض خطر»	مجموع
مرد	۴۲	۵۸	۱۰۰
زن	۵۸	۴۲	۱۰۰
مجموع	۱۰۰	۱۰۰	۲۰۰

داروهای کاهش دهنده کلسترول در میان بیماران با ریسک بالا (Smith, Song, & Sheldon, 1993)

وضعیت حیات در طول دوره	درمان شده	درمان نشده	مجموع
مرد	۴۶	۵۴	۱۰۰
زن	۵۴	۴۶	۱۰۰
مجموع	۱۰۰	۱۰۰	۲۰۰

### پاسخ ها و سؤالات بیشتر

به نظر می‌رسد که ارتباط میان التزام دینی و مرگ و میر کاملاً قوی است. حتی بهترین بررسی‌ها، نشان‌دهنده ارتباط مناسبی بین این دو می‌باشند، و تمسک به دخالت عوامل درآمیخته، نمی‌تواند این ارتباط را کوچک جلوه دهد. بعلاوه، برای برهم زدن این نتیجه‌گیری بنیادین که دین‌داری با میزان پایین‌تری از مرگ و میر ارتباط دارد، پژوهش‌های دیگر فراوانی حاکی از این که میان التزام دینی و مرگ و میر هیچ ربط و نسبتی وجود ندارد لازم است، و این فراوانی به حدی است که انجام این پژوهش‌ها را نامحتمل می‌کند. با در نظر گرفتن قوت این ارتباط، چه بسا درست باشد که بگوییم رابطه التزام دینی و مرگ و میر یکی از مستحکم‌ترین یافته‌های آثار مربوط به موضوع دین و سلامت است. هرچند لازم است از پژوهش‌های بیشتر در این حوزه استقبال شود، اما بعید است که این بررسی‌ها بتوانند بر این نتیجه‌گیری اساسی غلبه نمایند. با در نظر گرفتن قوت این ارتباط، پژوهشگران این حوزه در آینده، بایستی کمتر بر موضوع «اثبات» یا «ابطال» چنین ارتباطی متمرکز شوند، بلکه بایستی بیشتر پرسش‌های جانبی آن را مورد توجه قرار دهند.

### چرا التزام دینی عمومی و نه شخصی؟

مرور فراتحلیلی ما نشان داد که ابزاری که با آن التزام دینی را می‌سنجیدند، نقش مهمی در اندازه ارتباط میان التزام دینی و مرگ و میر ایفا می‌کند. این ارتباط مطلوب میان التزام دینی و مرگ و میر در پژوهش‌هایی چشمگیرتر است که در آن برای ارزیابی التزام دینی، فعالیت‌های دینی عمومی مورد توجه قرار می‌گیرند. این یافته‌ها با این حدس و تخمین‌ها هماهنگ است که تأثیرات مربوط به سلامتی التزام دینی، تا حدی، با منابع روانی-اجتماعی به دست آمده از شرکت مستمر در مراسم دینی، عضویت در گروه‌های دینی، یا تعامل با افراد (مذهبی) دیگر، مرتبط است (Goldbourt et al., 1993; Idler & Kasl, 1997). بعضی از این منابع روانی-اجتماعی عبارتند از: (۱) حالات مثبت هیجانی که به وسیله عبادات و فعالیت‌های دینی عمومی ایجاد می‌شوند؛ (۲) تعاملات اجتماعی لذت‌بخشی که افراد در خلال فعالیت‌های دینی تجربه می‌کنند؛ و (۳) شکل‌گیری روابط شخصی سودمند. اگر این موضوع حقیقت داشته باشد که مشارکت در



فعالیت‌های دینی عمومی، تأثیری علی بر طول عمر دارد، ولی دین‌داری فردی، نیایش، مراقبه، و اعتقادات خاص دینی چنین تأثیری ندارد، در این صورت این یافته اهمیت نظری فوق‌العاده‌ای پیدا می‌کند. اما، با در نظر گرفتن همبستگی نوعاً شدید میان شاخص‌های عمومی و شخصی التزام دینی، تعیین این که چرا بعضی از مقیاس‌های التزام دینی (مثل، مقیاس‌های عمومی) بر خلاف بعضی دیگر (مثل، مقیاس‌های شخصی) با مرگ و میر ارتباط دارند. کوشش می‌طلبد.

نتایج پژوهش‌های کراوز (1998) ممکن است به توجیه این مسأله کمک نماید. کراوز به بررسی ارتباط میان التزام دینی و مرگ و میر، در نمونه‌ای متشکل از هشتصد و نوزده بزرگسال مسن پرداخت؛ مطالعه‌ای که چهار سال به طول انجامید. کراوز سه جنبه از دین‌داری را اندازه‌گیری کرد: (۱) دین‌داری تشکیلاتی (یک مقیاس سه‌ماده‌ای برای ارزیابی شرکت در مراسم یا فعالیت‌های دینی)؛ (۲) دین‌داری غیر تشکیلاتی (یک مقیاس دو ماده‌ای برای ارزیابی قرائت متون دینی و استفاده از برنامه‌های رادیو تلویزیونی در این زمینه)؛ (۳) استفاده از دین برای مقابله با استرس (یک مقیاس سه ماده‌ای برای ارزیابی اعتماد بر حمایت‌ها و هدایت‌های دینی، در مواجهه با مشکلات و تصمیم‌گیری‌های اساسی).

کراوز، پس از کنترل متغیرهای سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل، سلامت براساس ارزیابی خود شخص، ناتوانی کارکردی، و استرس دریافت که سه مقیاس دین‌داری نسبت‌های متفاوتی با احتمال مرگ در خلال دوره چهار ساله مطالعاتی دارند. هر واحد استاندارد تغییر در دین‌داری تشکیلاتی، با کاهشی دوازده درصدی در احتمال مرگ در خلال دوره همراه بود. هر واحد استاندارد تغییر در دین‌داری غیر تشکیلاتی، با کاهش یک درصدی (از نظر آماری بی‌معنا) احتمال مرگ در خلال دوره همراه است. هر واحد استاندارد تغییر در مقابله دینی با ۱۵ درصد افزایش در احتمال مرگ در خلال دوره همراه است. بنابراین، مشخص شد که ارتباط مطلوب التزام دینی و مرگ و میر منحصر در التزام دینی تشکیلاتی است، در حالی که دین‌داری غیر تشکیلاتی هیچ ارتباط محسوسی با مرگ و میر ندارد و استفاده از دین برای مقابله با استرس، با احتمال بالاتری از مرگ و میر ارتباط دارد. پژوهش‌های بعدی‌ای که مشابه با پژوهش کراوز (1998) انجام گیرند می‌توانند کمک چشمگیری در جهت فهم ابعاد مهم و پویایی علی-معلولی ارتباط التزام دینی و مرگ و میر انجام دهند.

### چرا این ارتباط برای زنان قوی تر است؟

چنانچه پیشتر اشاره شد، فراتحلیل ما نشان داد که ارتباط میان التزام دینی و مرگ و میر در میان زنان قوی تر از مردان است. در واقع، چندین پژوهشی که، به طور مجزا به بررسی موضوع ارتباط میان التزام دینی و مرگ و میر در میان زنان و مردان پرداخته‌اند (برای مثال Clark, Fridman, & Martin, 1999; House, Robbins, & Metzner, 1982; Kark et al., 1996; Koenig et al., 1999; Strawbridge et al., 1997)، ارتباط قوی تری برای زنان، نسبت به مردان نشان داده‌اند. چرا التزام دینی، از زنان بیش از مردان، در برابر مرگ زودرس، «محافظت» می‌نماید. آیا به خاطر آن نیست که دین برای زنان، جایگزین یک منبع ارتقاء سلامتی (یعنی، حمایت اجتماعی) می‌شود، که مردان معمولاً آن را از مسیرهای دیگری تأمین می‌نمایند؟ آیا به خاطر آن نیست که دین منابع منحصر به فردی از ارتقاء سلامتی ارائه می‌کند که مردان نوعاً، به هیچ وجه، از التزام دینی به دست نمی‌آورند؟ پژوهش کرک پاتریک، شیلیتو، و کلاس (1999) این احتمال را تقویت می‌نماید. کرک پاتریک و همکارانش، صدوبیست و سه دانشجوی مؤنث و شصت و یک دانشجوی مذکر را برای بررسی رابطه میان احساس داشتن ارتباط با خدا و احساس تنهایی مورد ارزیابی قرار دادند. حتی پس از کنترل مقیاس‌های استاندارد حمایت اجتماعی ادراک شده، زنانی که از ارتباط نزدیک با خدا گزارش داده بودند، نسبت به افرادی که چنین گزارشی نداده بودند، احساس تنهایی کمتری داشتند. از سوی دیگر، برای مردان، باور به داشتن یک ارتباط قوی با خدا، با احساس تنهایی، غیر مرتبط بوده و یا ارتباط مثبت داشت. همچنین، ایدلر و کاسل (1992) دریافته‌اند که رابطه منفی میان التزام دینی با افسردگی و ناتوانی، در میان زنان قوی تر از مردان است. در هر حال، از آنجایی که زنان، در بیشتر فرهنگ‌ها، عمر طولانی‌تری می‌کنند و مذهبی‌تر از مردان هستند (Levin & Chatters, 1998; Levin & Taylor, 1997)، در آینده، شرط عقل این خواهد بود که محققان متوجه کنترل آماری جنسیت بوده و یا الگوهای متفاوتی را برای زنان و مردان ترسیم نمایند، تا از تأثیر گمراه‌کننده عامل جنسیت در نتایج بررسی‌ها جلوگیری شود.

### آیا شخصیت نقشی دارد؟

آیا می‌توان ارتباط میان التزام دینی و مرگ و میر را حاصل هم‌پوشی التزام دینی با صفاتی از

شخصیت دانست که با افزایش طول عمر مرتبط اند؟ برای مثال، فریدمن و همکارانش (1995) نشان داده اند که طول عمر افراد وظیفه شناس به نحو چشمگیری بیشتر از افراد کمتر وظیفه شناس است. طول عمر افراد وظیفه شناس ممکن است ناشی از ویژگی هایی نظیر شرکت کمتر در رفتارهای مخاطره آمیز مانند رانندگی سریع، افراط در رژیم غذایی، و عدم فعالیت جسمانی، یا ناشی از گرایش به پاسخ سریع به علائم بدنی مربوط به مشکلات سلامت جسمانی باشد.

جالب این جاست که وظیفه شناسی یکی از قوی ترین همبسته های دین داری است. محققان، با استفاده از مقیاس های سازه های الگوی پنج عاملی یا پنج عامل بزرگ شخصیت<sup>۷</sup> (John & Srivastava, 1999; McCrae & Costa, 1999) - یک طبقه بندی از صفات شخصیت که جنبه های اصلی و عالیتر شخصیت را تبیین می نماید - به بررسی ارتباط میان دین داری و شخصیت پرداخته اند. کاسک (1999) و همچنین تیلور و مک دونالد (1999) دریافتند که اندازه های توافق<sup>۸</sup> و وظیفه شناسی،<sup>۹</sup> با التزام دینی و جهت گیری دینی ارتباط مثبت دارند. شواهدی غیر مستقیم دال بر ارتباط میان دین داری و وظیفه شناسی نیز از پژوهشی بر مبنای طبقه بندی مبتنی بر سه عامل بزرگ صفات شخصیت آیسنک (Eysenck & Eysenk, 1985) به دست آمده است. بررسی های مقطعی، با استفاده از مقیاس های سه عامل بزرگ آیسنک، نشان می دهند که دین داری (که با مجموعه ای از شاخص ها از جمله فراوانی شرکت در مراسم عبادی، فراوانی نیایش شخصی، و نگرش های مثبت به دین، اندازه گیری شده است)، با روان پریشی گرای<sup>۱۰</sup> آیسنک ارتباط معکوس دارد (برای مثال Francis, 1997; Francis & Bolger, 1997). روان پریشی گرای آیسنک ظاهراً، تلفیقی از وظیفه شناسی و توافق پنج عامل بزرگ است (Costa & McCrae, 1995). من داده هایی نیز در اختیار دارم که نشان می دهد وظیفه شناسی و نه توافق، در کودکی و نوجوانی تلاقی التزام دینی عمومی، و دین داری شخصی در بزرگسالی است. (McCullough, 2000). با در نظر گرفتن ارتباط قوی وظیفه شناسی با طول عمر، وظیفه شناسی با دین داری، و دین داری با طول عمر، کارهای بیشتری لازم است تا مشخص شود که آیا تأثیرات سلامتی بخش دین داری از همبستگی التزام دینی با وظیفه شناسی یا سایر صفات شخصیت ناشی می شود یا خیر. روابط میان دین داری، خصومت، و مرگ و میر نیز بایستی مورد کاوش قرار بگیرد. چنانچه بعضی از پژوهش ها نشان می دهند، افراد مذهبی خصومت کمتری دارند (برای مروری بر این نکته، بنگرید به: Koenig, McCullough, & Larson, 2000)، و افراد متخاصم طول عمر کمتری دارند (Miller, Smith, Turner, Guijarro, & Hallet, 1996).

### چگونه می‌توانیم الگوی دینامیک التزام دینی و مرگ و میر را ارائه کنیم؟

در بیشتر بررسی‌هایی که، تا به امروز، بر روی رابطه میان التزام دینی و مرگ و میر صورت گرفته، از یک چارچوب تحلیلی کلی برای آزمون فرضیه‌ها استفاده شده است: تعدادی از پیش‌بینی‌کننده‌های بالقوه مرگ و میر - از جمله التزام دینی - در یک الگوی رگرسیون ساماندهی<sup>۱۱</sup> جای داده شده‌اند تا شأن حیاتی را در یک نقطه‌پیاپی مجزا، یا تفاوت‌های موجود در کارکردهای مستمر بقا را پیش‌بینی نمایند. این روش‌ها انسان را مطمئن کرده‌اند که افراد با خط پایه دین‌داری بالاتر، طول عمر بیشتری دارند، و این تأثیرات صرفاً قابل استناد به هم‌پوشی دین‌داری با عواملی مثل جنسیت، سن، وضعیت اجتماعی اقتصادی، تندرستی، حمایت اجتماعی، و رفتارهای مربوط به سلامتی نیست. بعلاوه، محققین با بررسی‌هایی در رابطه میان التزام دینی و مرگ و میر، با افزایش متوالی متغیرهایی از قبیل حمایت اجتماعی، استعمال دخانیات، و مصرف الکل توانسته‌اند استنتاج نمایند که التزام دینی ممکن است تأثیرات خود را بر روی مرگ و میر، تا اندازه‌ای از طریق متغیرهایی مثل حمایت اجتماعی، استعمال دخانیات، و مصرف الکل اعمال نماید.

هرچند این تحقیقات مفید بوده‌اند، لکن نتوانسته‌اند به نحو مطلوبی به آزمون فرضیه‌های دینامیک کمک نمایند. با این فرض که ارتباط میان التزام دینی و مرگ و میر یک ارتباط علی است، باید ساز و کارهای سلامتی‌بخشی که ممکن است توسط التزام دینی برای تأثیر بر احتمال مرگ برانگیخته شود، مورد شناسایی قرار گیرند. به عنوان مثال، این مسأله بایستی مورد پژوهش قرار گیرد که آیا با تقویت حمایت اجتماعی یا تغییراتی در رفتارهای مربوط به سلامتی - که در بین سال‌های ارزیابی التزام دینی و تحقیق در مورد مرگ و میر رخ می‌دهد - میان التزام دینی و مرگ و میر ارتباط برقرار می‌شود؟ اگر محققین به این موضوع علاقه‌مند شوند که آیا التزام دینی واقعاً در یک زنجیره علی قرار دارد، زنجیره‌ای که به زندگی طولانی‌تری منجر می‌شود، آن وقت گام بعدی در تحقیق ممکن است اجرای پژوهش‌هایی باشد که به ما اجازه می‌دهند تا سازوکارهای التزام دینی، برای ارتقاء سلامتی یا افزایش طول عمر را مشاهده نماییم.

استرابریج و همکارانش (1997) در وهله اول دریافتند که افرادی که به طور مستمر در فعالیت‌های دینی عمومی شرکت می‌کنند، عمر طولانی‌تری دارند؛ و سپس نشان دادند که شرکت‌کنندگان مستمر در کلیسا، به نسبت بیشتری (۱) استعمال دخانیات را ترک نموده، (۲) مصرف الکل را کاهش داده، (۳) به تمرین‌های بدنی خود افزوده، (۴) به زندگی با همسر خود ادامه داده، و (۵) در طی یک

دوره بیست و هشت ساله، به توسعه روابط اجتماعی خود پرداخته‌اند. گام بعدی این خواهد بود که آزمون‌های فرضیه‌ای در موضوع تغییرات ارتقاءبخش سلامتی، و آزمون‌های فرضیه‌ای در موضوع التزام دینی و مرگ و میر را، در قالب یک الگوی آماری واحد با هم تلفیق کنند. البته، آزمون چنین الگوهای دینامیک نیازمند حرکت چندمرحله‌ای در قالب یک جدول زمانی است.

### تأثیر شناخت‌ها، هیجان‌ها، و رفتارهای دینی چگونه است؟

به همین نحو، گنجاندن سطحی از نظریه‌پردازی روان‌شناختی که غالباً در بررسی‌های تجربی پدیده التزام دینی و مرگ و میر غایب است، بسیار سودمند خواهد بود. بسیاری از محققان، اگر نگوییم بیشتر آن‌ها، معتقدند نحوه تأثیر التزام دینی بر مرگ و میر بدین نحو است که التزام دینی، آمادگی‌ای را برای شناخت‌ها، هیجان‌ها، و رفتارها ایجاد می‌نماید که این آمادگی به سبک‌های سالم زندگی یا افزایش مهارت در مقابله با استرس منجر می‌شود (Ellison & Levin, 1998; Hummer et al., 1999; Idler & Kasl, 1992; Kark et al., 1996; Koenig et al., 1999; Krause, 1998; Oman & Reed, 1998; Strawbridge et al., 1997). برای نمونه، به نظر می‌رسد بیشتر نظریه‌پردازان موافق این موضوع باشند که التزام دینی می‌تواند افراد را در جهت به دست آوردن (۱) هنجارهای شخصی در موضوع غذا، الکل، دخانیات، و رفتار جنسی؛ (۲) یک جهان بینی منسجم که به ارائه معنا در زمان‌های استرس و رنج کمک نماید؛ و (۳) حمایت اجتماعی، رهنمون شود.

اما بیشتر محققان فاقد داده‌های لازم برای بررسی این موضوع‌اند که دین چگونه می‌تواند این منابع روان‌شناختی افزایش‌دهنده طول عمر را در اختیار افراد قرار دهد. در عوض، آن‌ها بر اثبات این نکته متمرکز شده‌اند که پس از کنترل تقریباً تمام عوامل خطرآفرین ممکن مؤثر بر مرگ، التزام دینی هنوز می‌تواند مرگ و میر را پیش‌بینی نماید. این سؤالات پژوهشی اولیه کاملاً مطلوب بوده‌اند، لکن ما اکنون به بررسی‌هایی نیاز داریم که نشان دهند، چگونه شاخص‌های ایستای التزام دینی به شناخت‌ها، هیجان‌ها، و رفتارهای دینی‌ای مبدل می‌شوند که طول عمر را افزایش می‌دهند.

بدون گنجاندن چنین سطحی از تحلیل، این خط پژوهشی -فرقی نمی‌کند که پژوهش‌ها در چه سطحی از پیچیدگی آماری باشند- در درازمدت، از لحاظ نظری رضایت‌بخش نخواهند بود. احتمالاً، همه محققان موافقت می‌کنند که صرفاً بیرون آمدن از رختخواب در صبح روز چهارشنبه، جمعه، شنبه، یا یکشنبه برای رفتن به کلیسا، کنیسه، یا مسجد احتمالاً موجب نمی‌شود که افراد عمر

طولانی تری داشته باشند. اما اگر محققان به پیشنهاد و آزمودن ساز و کارهای حقیقی و جالب تر ارتباط میان التزام دینی و مرگ و میر اقدام نکنند، اطمینانی نیست که این خط پژوهشی به اندازه کافی برای محققان آینده جذاب باشد. برای این که به این پژوهش ها، عمق نظری بیشتری داده شود، محققان ممکن است تلاش نمایند تا بین رفتارهای سطح پایین مشارکت در مراسم دینی و مرگ و میر، از طریق سازه های روان شناختی بامعنا تر ارتباط برقرار کنند. اگر دین، فی حدنفسه، بر مرگ و میر تأثیر دارد، بایستی چیز خاصی در داخل کلیساها، کنیسه ها، و مساجد یا در اذهان افراد دین دار جریان داشته باشد که به سوی زندگی طولانی تری رهنمون می شود. مشارکت های دینی عمومی چه تأثیرات مثبتی بر تندرستی دارند؟ چه باورهایی درباره تندرستی به وسیله مشارکت های دینی عمومی برانگیخته می شوند؟ مشارکت های دینی، افراد را به سوی انتخاب چه انواعی از گزینه های مرتبط با تندرستی فرامی خواند؟ دین چه انواعی از شناخت، عاطفه، رفتار، یا تعامل اجتماعی برمی انگیزاند، تا به افراد برای مقابله بهتر با تأثیرات مخاطره آمیز استرس برای طول عمر کمک نمایند؟

گویا یک قیاس به ما کمک خواهد کرد. این مطلب ثابت شده است که نوجوانان مذهبی، به نسبت همسایان کمتر مذهبی خود، کمتر به استفاده از مواد مخدر، دخانیات، و الکل روی می آورند. دونوفریو و همکارانش (1999) تلاش کردند تا این روابط را با دوسازه تبیین نمایند: (۱) تعداد همسالان مذهبی که هر پاسخ دهنده ای داشته است و (۲) اعتقادات پاسخ دهنده ها درباره این که مصرف مواد یک گناه است. دونوفریو و همکارانش (1999) نشان دادند که ارتباط میان التزام دینی و مصرف مواد می تواند، به طور کامل، به وسیله تعداد همسالان مذهبی پاسخ دهنده ها و قوت اعتقاد آن ها به گناه بودن مصرف مواد، تبیین شود. به عبارت دیگر، این داده ها نشان دادند که نوجوانان مذهبی از مصرف مواد خودداری می نمایند چرا که آن ها با تعداد زیادی از همسالان مذهبی خود تعامل دارند و معتقدند که مصرف مواد، عملی گناهکارانه است. الگوهای مشابهی برای تبیین روابط میان التزام دینی و مرگ و میر قابل آزمون است. محققان باید افزودن مقیاس های دیگری را برای اندازه گیری شناخت ها، هیجان ها، و رفتارهای دینی، در نظر داشته باشند؛ مقیاس هایی که به آن ها اجازه می دهد تا بررسی نمایند که آیا (۱) التزام دینی منجر می شود به (۲) فرایندهای از لحاظ روان شناختی با معنا، در عین حال، دینی ای که (۳) رفتارهای مربوط به سلامت یا حالات روانی ای به بار می آورند که (۴) بر طول عمر می افزایند. البته، در تنظیم این برنامه کاری، محققان به پایگاه های اطلاعاتی ای نیاز دارند که دارای مقیاس هایی برای ارزیابی

این شناخت‌ها، هیجانات و رفتارهای دینی باشد. یک گره روش شناختی اضافی، از این حقیقت ناشی می‌شود که التزام دینی ممکن است در بیشتر افراد، در طی دوران کودکی و نوجوانی، این ساختارهای روان‌شناختی را ایجاد نماید (برای مثال، اعتقادات، هنجارها، و جهان‌بینی‌های منسجم). بنابراین، التزام دینی ممکن است افراد را وادارد تا این منابع روان‌شناختی را، مدت‌ها قبل از آن‌که به هنگام بزرگسالی در یک مطالعه طولی در مورد رابطه دین و مرگ و میر گنجانده شوند، به دست آورند. محققان برای این‌که از عهده این موضوعات بگریزند، لازم است که نظریه پرداز صریحاً تحولی‌ای را درباره طبیعت روابط میان التزام دینی و مرگ و میر بپذیرند.

### آیا زندگی ارزشی زیستن دارد؟

سؤال دیگری که به واسطه پژوهش‌های موجود در موضوع دین و مرگ و میر طرح می‌شود مربوط به کیفیت زندگی است. آشکار است که افراد مذهبی عمر اندکی طولانی‌تر دارند، اما کیفیت آن سال‌های اضافی زندگی چگونه است؟ آیا مشخصه آن شکوفایی، صلح، و عشق است، یا این‌که ویژگی آن ناتوانی، درد و رنج، و انزواست.

محققان روش‌هایی را برای «تنظیم کیفیت» بهره‌وری در فراخنای زندگی ایجاد کرده‌اند؛ این بهره‌وری قابل استناد به عوامل روان‌شناختی یا مداخلات پزشکی است. مقیاس تنظیم کیفیت سال‌های زندگی (QALY)، طول عمر را با کیفیت زندگی در یک تعبیر واحد ادغام می‌نماید (Kaplan, 2000; Shen, Pulkstenis, & Hoseyni, 1999). متخصصان، چنین مقیاس‌هایی را، ارزیابی‌های مناسب‌تری از مزایایی می‌دانند که با یک عامل مشخص سلامت در ارتباط است؛ زیرا این مقیاس‌ها توازن میان طول عمر و کیفیت زندگی را توضیح می‌دهند. محققان در موضوع دین و مرگ و میر، می‌توانند این روش‌ها را در پژوهش‌های آینده، به نحو سودمندی، عملی نمایند.

#### تأثیر منفی دین بر مرگ و میر چگونه است؟

یک سؤال نهایی که در آثار مربوط به دین و مرگ و میر مطرح می‌گردد، به تأثیرات منفی التزام دینی بر طول عمر مرتبط است. ارتباط میان مشارکت دینی عمومی با مرگ و میر، حداقل در میان بزرگسالان، روی هم رفته یک ارتباط مثبت است. اما، بعضی از گروه‌های محافظه‌کار مذهبی از مراقبت‌های پزشکی استاندارد اجتناب می‌کنند، و رد این گونه مراقبت‌ها، به طور آشکاری، می‌تواند به مرگ نابهنگام و غیر ضروری منجر شود. برای مثال، در یک بررسی اخیر، آسر و سوان (1998) گزارش‌های پزشکی مربوط به صدوهفتاد و دو پرونده از کودکانی را مرور کردند که به خاطر اهمال‌های پزشکی برخاسته از انگیزه‌های مذهبی، جان خود را از دست داده بودند. والدین این صدوهفتاد و دو کودک، نوعاً به فرقه‌های منزوی مسیحیت تعلق داشتند که به استفاده از مراقبت‌های پزشکی جدید معترض بودند. آسر و سوان دریافتند که صد و چهل نفر (هشتاد درصد) از صدوهفتاد و دو کودک، به خاطر بیماری‌هایی جان سپردند که در صورت دریافت مراقبت‌های پزشکی مناسب، بیش از نود درصد احتمال بهبود وجود داشت. هجده درصد باقیمانده از کودکان، بیماری‌هایی داشتند که در آن بیش از پنجاه درصد احتمال بهبود وجود داشت. تنها سه نفر از صدوهفتاد و دو کودک، به خاطر شرایطی جان خود را از دست داده بودند که به مراقبت‌های پزشکی پاسخ مثبت نمی‌دهد. این یافته‌ها با سایر پژوهش‌هایی که مرگ و میر زیاد کودکان و بزرگسالان متعلق به گروه‌های مذهبی - که از مراقبت‌های استاندارد پزشکی چشم‌پوشی می‌کنند - را ثبت کرده‌اند، مطابقت دارد (برای مثال، Kaunitz, Spence, Danielson, 1989; Simpson, 1989; Wilson, 1965; Rochat, & Grimes, 1984).



در تمام حوزه‌های تحقیقاتی، محققان نوعاً ابتدا به سراغ «داستان بزرگ» می‌روند. بررسی ارتباط میان دین، و مرگ و میر نیز از این قاعده مستثنا نیست: محققان، در وهله اول، به ارتباط خالص میان التزام دینی و مرگ و میر در کل جامعه پرداخته‌اند. ما، در نتیجه این پژوهش‌ها، می‌توانیم با درجه‌ای از اطمینان بگوییم متوسط «افرادی که به طور فعال در نمودهای عمومی دین شرکت دارند، بیشتر عمر می‌کنند. اما، این ارتباطات «میانگینی» ممکن است سایر روندها را پوشانند، مثل گرایش به سطح بالاتری از مرگ و میر کودکان، جنین‌ها، و نوزادان را در میان اعضای گروه‌های مذهبی که از دریافت مراقبت‌های پزشکی استاندارد اجتناب می‌نمایند. بذل تلاش‌های بیشتر برای بررسی نقش ایمان دینی در ممانعت از مراقبت‌های شخصی مناسب و دریافت مراقبت‌های پزشکی مناسب، از نظر علمی پربار و از نظر اجتماعی ارزشمند است. با عنوان کردن این موضوعات، محققان علاقه‌مند به دین می‌توانند مهارت‌های خود را در جهت خدمت بیشتر به «مصالح عمومی»<sup>۱۲</sup> به کار گیرند. آن‌ها، هم‌چنین، ممکن است ابهام و پیچیدگی بیشتری را به طرحی که در غیر این صورت می‌توانست به سرعت تبدیل به طرحی نسبتاً قابل پیش‌بینی شود، بیفزایند.

### نتیجه‌گیری

انسان‌ها دین را به منظور افزایش طول عمر خود دنبال نمی‌کنند. در واقع، برای بسیاری از انسان‌ها که متعلق به ادیان مختلف‌اند، «نگاه داشتن ایمان» انگیزه‌ای شد که به مرگ زود هنگام آنان انجامید، بعلاوه، بسیاری از خشونت‌ها در تاریخ جهان با انگیزه‌های مذهبی صورت گرفته است. هم‌چنین، بعضی از ادیان انسان‌ها را به اجتناب از مراقبت‌های پزشکی جدید فرامی‌خوانند. با توجه به همه این عوامل، عدم پذیرش این امر که بعضی از مظاهر دین می‌توانند عوارضی برای طول عمر داشته باشد، بی‌تجربگی تلقی می‌شود. با این همه، در جامعه، ارتباط خالص میان التزام دینی و طول عمر به نظر یک ارتباط مثبت می‌رسد. افراد دین‌دار - خصوصاً آن‌هایی که در تظاهرات عمومی دین شرکت می‌کنند - از حیث بقاء، مزیت قابل توجهی بر دیگران پیدا می‌کنند. این روابط، به طور قابل ملاحظه‌ای، برای زنان بیشتر از مردان است. ما نمی‌توانیم نتیجه بگیریم که این روابط علی هستند، اما آن‌ها، حتی زمانی که محققان، دقت معقولی در کنار گذاشتن عوامل ساختگی به خرج می‌دهند، بر جای می‌مانند.

اگرچه، این یافته‌ها به بسیاری از سؤالات پاسخ می‌دهند، اما به نوبه خود سؤالات جدیدی را مطرح می‌نمایند: چه عامل خاصی سبب می‌شود که مشارکت‌های دینی عمومی یک پیش‌بینی‌کننده قوی طول عمر باشند، در حالی که ارتباط دین‌داری شخصی با مرگ و میر بسیار کمتر قابل توجه است؟ چرا باید پیوند دین و طول عمر برای زنان بسیار قویتر از مردان باشد؟ نقش عوامل استاندارد شخصیت - خصوصاً عواملی که همبستگی قوی‌تری با التزام دینی و مرگ و میر دارند - چیست؟ چگونه می‌توانیم به فهم بهتری از این نکته دست یابیم که آیا التزام دینی واقعاً منابع روانی-اجتماعی ارتقاء بخش سلامتی را فعال می‌کند؟ چه اتفاقی در سطح روان‌شناختی می‌افتد که باعث می‌شود افراد مذهبی به رفتارها یا شرایط روانی ارتقاء بخش سلامتی روی بیاورند؟ آیا سال‌های اضافی زندگی که در اختیار افراد مذهبی قرار می‌گیرد، ارزش انتظار را دارند؟ و سرانجام، چگونه می‌توانیم به نحو بهتری ارتباط مستحکم میان التزام دینی و مرگ و میر را با این حقیقت که دین نیز می‌تواند از عمر بعضی از افراد بکاهد، جمع نماییم؟ عنوان کردن این سؤالات به غنی ساختن فهم ما از روابط متنوع میان التزام دینی و طول عمر کمک می‌نماید. با پاسخ به این سؤالات، وضعیت علم و همچنین خدمت بالقوه آن در جهت پیش‌گیری و ارتقاء تندرستی رو به رشد خواهد گذارد.

پی نوشت‌ها:

\* مشخصات کتاب‌شناختی اصل مقاله چنین است:

McCallough, M., "Religious Involvement and Mortality: Answers and More Questions", In Plante, Thomas G. and Allen C. Sherman (eds.), *Faith and Health: Psychological perspectives*, New York and London: The Guilford press 2001.

۱. نام سرزمینی که امروز بخش شرقی آلمان و بخش غربی لهستان را دربرمی‌گیرد. م.
۲. نام سرزمینی که امروزه بخش شمالی آلمان را تشکیل می‌دهد. م.
۳. اتساع مجاری و حباب‌های ریه.
4. effect size
۵. در آمار، رابطه میان مقادیر انتخابی یک متغیر (X) و مقادیر مشهود در متغیر زوج دیگر (Y).
۶. جامعه اشتراکی کوچک در اسرائیل که بیشتر به امر کشاورزی اشتغال دارند.
7. Big Five
8. agreeableness
9. conscientiousness
10. psychotism
11. Cox
12. common good

کتاب نامه:

- Asser, S. M., & Swan, R. (1998). Child fatalities from religion-motivated medical neglect. *Pediatrics*, 101 (4, Pt.1), 625-629.
- Berkman, L., & Syme, L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.
- Clark, K. M., Friedman, H.S., & Martin, L. R. (1999). A longitudinal study of religiosity and mortality risk. *Journal of Health Psychology*, 4, 381-391.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, J. (1990). Things I have learned (so far). *American Psychologist*, 45, 1304-1312.
- Comstock, G. W., & Patridge, K. B. (1972). Church attendance and health. *Journal of Chronic Disease*, 25, 665-672.
- Comstock, G. W., & Tonascial, J. A. (1977). Education and mortality in Washington County, Maryland. *Journal of Health and Social Behavior*, 18, 54-61.
- Cooper, H., & Hedges, L. V. (Eds.). (1994). *The handbook of research synthesis*. New York: Russell Sage Foundation.
- Costa, P. T., & McCrae, R.R. (1995). Primary traits of Eysenck's P-E-N system: Three -and five-factor solutions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 308-317.
- Davidoff, M. D., & Goheen, H. W. (1953). A table for the rapid determination of the tetrachoric correlation coefficient. *Psychometrika*, 18, 115-121.
- D'Onofrio, B. M., Murrelle, L., Eaves, L. J., McCullough, M. E., Landis, J. L., & Maes, H. H. (1999). Adolescent religiousness and its influence on substance use: Preliminary findings from the Mid-Atlantic School Age Twin Study. *Twin Research*, 2, 156-168.
- Durkheim, E. (1951). *Suicide: A study in sociology* (J. A. Spaulding & G. Simpson, Trans.). New York: Free Press. (Original work published 1897)
- Ellison, C. G., & Levin, J.S. (1998). The religion-health connection: Evidence, theory, and future directions. *Health Education and Behavior*, 25, 700-720.

- Eysenck, H.J., & Eysenck, M. W. (1985). *Personality and individual differences: A natural science approach*. New York: Plenum.
- Francis, L. J., (1997). Personality, prayer, and church attendance among undergraduate students. *International Journal for the Psychology of Religion*, 7, 127-132.
- Francis, L. J., & Bolger, J. (1997). Personality, prayer, and church attendance in later life. *Social Behavior and Personality*, 25, 335-337.
- Friedman, H. S., Tucker, J.S., Schwartz, J. E., Tomlinson-Keasey, C., Martin, L.R., Wingard, D. L., & Criqui, M. H. (1995). Psychosocial and behavioral predictors of longevity: The aging and death of the "termites". *American Psychologist*, 50, 69-78.
- Galton, F. (1872). Statistical inquiries into the efficacy of prayer. *Fortnightly Review*, 12, 125-135.
- Goldbourt, U., Yaari, S., & Medalie, J.H. (1993). Factors predictive of long-term coronary heart disease mortality among 10, 059 male Israeli civil servants and municipal employees. *Cardiology*, 82, 100-121.
- Holman, C. D., English, D. R., Milne, E., & Winter, M. G. (1996). Meta-analysis of alcohol and all-cause mortality: A validation of the NHMRC recommendations. *Medical Journal of Australia*, 164, 141-145.
- House, J. S., Robbins, C., & Metzner, H. L. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. *American Journal of Epidemiology*, 116, 123-140.
- Hummer, R. A., Rogers, R. G., Nau, C.B., & Ellison, C. G. (1999). Religious involvement and U.S. adult morality. *Demography*, 36, 273-285.
- Idler, E. L., & Kasl, S.V. (1992). Religion, disability, depression, and the timing of death. *American Journal of Sociology*, 97, 1052-1079.
- Idler, E. L., & Kasl, S.V. (1997). Religion among disabled and nondisabled persons II: Attendance at religious services as a predictor of the course of disability. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 52B, 5306-5316.
- Janoff-Bulman, R., & Marshall, G. (1982). Mortality, well-being, and control: A study of a popu-

- lation of institutionalized aged. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 8, 691-698.
- John, O.P., & Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed., pp.102-138). New York: Guilford Press.
- Jolliffe, J. A., Rees, K., Taylor, R. S., Thompson, D., Oldridge, N., & Ebrahim, S. (2000). Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease [computer file]. *The cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. CD001800. Cochrane Collaboration.
- Kaplan, R. M. (2000). Two pathways to prevention. *American Psychologist*, 55, 382-396.
- Kark, J. D., Shemi, G., Friedlander, Y., Martin, O., Manor, O., & Blondheim, S.H. (1996). Does religious observance promote health? Mortality in secular vs. religious kibbutzim in Israel. *American Journal of Public Health*, 86, 341-346.
- Kaunitz, A. M., Spence, C., Danielson, T.S., Rochat, R. W., & Grimes, D. A. (1984). Perinatal and maternal mortality in a religious group avoiding obstetric care. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 150, 826-831.
- Kirkpatrick, L.A., Shillito, D., J., & Kellas, S. L. (1999). Loneliness, social support, and perceived relationships with God. *Journal of Social and Personal Relationships*, 16, 513-522.
- Koenig, H.G., Larson, D.B., Hays, J. C., McCullough, M.E., George, L.K., Branch, P.S., Meador, K.G., & Kuchibhatla, M. (1998). Religion and survival of 1010 male veterans hospitalized with medical illness. *Journal of Religion and Health*, 37, 15-29.
- Koenig, H. G., Hays, J. C., Larson, D. B., George, L.K., Cohen, H. J., McCulloch, M.F., Meador, K. G., & Blazer, D. G. (1999). Does religious attendance prolong survival? A six-year follow-up study of 3968 older adults. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 54A, M370-M376.
- Koenig, H. G., McCullough, M.E., & Larson, D.B. (2001). *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press.
- Kosek, R.B. (1999). Adaptation of the Big Five as hermeneutic instrument for religious constructs. *Personality and Individual Differences*, 27, 229-237.
- Krause, N. (1998). Stressors in highly valued roles, religious coping, and mortality. *Psychology*

- and Aging*, 13, 242-255.
- Kune, G., Kune, S., & Watson, L. (1992). The effect of family history of cancer, religion, parity, and migrant status on survival in colorectal cancer. *European Journal of Cancer*, 28A, 1484-1487.
- Levin, J.S., & Chatters, L.M. (1998). Religion, health, and psychological well-being in older adults. *Journal of Aging and Health*, 10, 504-531.
- Levin, J.S., & Taylor, R.J. (1997). Age differences in patterns and correlates of the frequency of prayer. *Gerontologist*, 37, 75-88.
- LoPrinzi, C. L., Laurie, J.A., Wieand, H.S., Krook, J.E., Does, A.M., Ezzell, P.S., Nelimark, R.A., Mailliard, J.A., & Moretel, C.G. (1994). Prospective evaluation of prognostic variables from patient-completed questionnaires. *Journal of Clinical Oncology*, 12, 601-607.
- McCrae, R.R., & Costa, P.T. (1999). A five-factor theory of personality. In L.A. Pervin & O.P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed., pp.139-153). New York: Guilford Press.
- McCullough, M.E. (2000). *Religiousness and the Big Five: A multimethod Longitudinal study*. Unpublished manuscripts, Southern Methodist University, Dallas, TX.
- McCullough, M.E., Hoyt, W.T., Larson, D.B., Koenig, H. G., & Thoresen, C. E. (2000). Religious involvement and mortality: A meta-analytic review. *Health Psychology*, 19, 211-222.
- McCullough, M.E., Larson, D. B., Koenig, H. G., & Lerner, R. (1999). The mismeasurement of religion: A systematic review of mortality research. *Mortality*, 4, 183-194.
- Miller, T. !., Smith, T.W., Turner, C.W., Guijarro, M. L., & Hallet, A. J. (1996). A meta-analytic review of research on hostility and physical health. *Psychological Bulletin*, 119, 322-348.
- Oman, D., & Reed, D. (1998). Religion and mortality among the community-dwelling elderly. *American Journal of Public Health*, 88, 1469-1475.
- Oxman, T.E., Freeman, D.H., & Manheimer, E.D. (1995). Lack of social participation or religious strength and comfort as risk factors for death after cardiac surgery in the elderly. *Psychosomatic Medicine*, 57, 5-15.

- Reynolds, D., & Nelson, F. (1981). Personality, life situation, and life expectancy. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 11, 99-110.
- Ringdal, G. (1996). Religiosity, quality of life and survival in cancer patients. *Social Indicators Research*, 38, 193-211.
- Rosenthal, R. (1990). How are we doing in soft psychology? *American Psychologist*, 45, 775-777.
- Rosenthal, R. (1991). Effect sizes: Pearson's correlation, its display via the BESD, and alternative indices. *American Psychologist*, 46, 1086-1087.
- Shen, L.Z., Pulkstenis, E., & Hoseyni, M. (1999). Estimation of mean quality adjusted survival time. *Statistics in Medicine*, 18, 1541-1554.
- Simpson, W. F. (1989). Comparative longevity in a college cohort of Christian Scientist. *Journal of the American Medical Association*, 262, 1657-1658.
- Smith, G.D., Song, F., & Sheldon, T.A. (1993). Cholesterol lowering and mortality: The importance of considering initial level of risk. *British Medical Journal*, 306, 1648.
- Strawbridge, W.J., Cohen, R.D., Shema, S.J., & Kaplan, G.A. (1997). Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *American Journal of Public Health*, 87, 957-961.
- Taylor, A., & MacDonald, D.A. (1999). Religion and the five factor model of personality: An exploratory investigation using a Canadian university sample. *Personality and Individual Differences*, 27, 1243-1259.
- Wilson, G.E. (1965). Christian Science and longevity. *Journal of Forensic Science*, 1, 43-60.
- Zuckerman, S., Kasl, S., & Ostfield, A. (1984). Psychosocial predictors of mortality among the elderly poor: The role of religion, well-being, and social contacts. *American Journal of Epidemiology*, 119, 410-442.